Przyczynek do leczenia tętniaków.

Napisał
Dr. Ziembicki,
prymaryjusz szpitala powszechnego we Lwowie.

Kwestyja leczenia tętniaków jest ciągle jeszcze na porządku dziennym, i stanowiła jedno z pytań głównych na ostatnim zjeździe chirurgów w Paryżu. Zauważyć także należy, że w kraju naszym spotykamy się z tętniakami dość rzadko, skoro n. p. przy olbrzymim materyjale oddziału chirurgicznego we Lwowie, w przeciągu lat ośmiu, obserwowałem ledwo trzy przypadki tętniaków na przeszło 20.000 chorych. Uznałem zatem za stosowne przedstawić Panom dwóch chorych leczonych przezemnie w roku bieżącym, i z powodu odmiennej metody zastosowanej u każdego z nich, zastanowić się nad najlepszym sposobem rozwiązania zadania, które często chirurgowi niemałe stawia trudności.

Pierwszy mój chory, J. Jawety, którego Panowie widzicie przed sobą, jest to młody człowiek, niemający jeszcze lat 25. Podczas służby wojskowej, a więc przed trzema laty, poczuł pierwsze dolegliwości w kolanie prawem, bolesność, pulsowanie, szczególnie klęcząc wśród ćwiczeń. Najwięcej dokuczyły mu manewry w lecie 1889 r., a osłabienie nogi i zmęczenie ogólne pod wieczór stawały się nader

wybitnemi; jednak po wypoczynku nocnym był w stanie służbę swą dalej pełnić. Chociaż kilkakrotnie się zgłaszał jako chory, lekarze wojskowi uznawali go zawsze za zupełnie zdrowego. Wróciwszy z wojska, zauważył w zimie 1889—90 r. guz pulsujący pod kolanem, który powoli rosnąc, posuwał się ku dolnej i wewnętrznej stronie prawego uda. Niemogąc dalej pracować, wstąpił do szpitala lwowskiego 11 czerwca 1890 roku.

Badanie wykazuje *aneurysma arteriae popliteae dextrae*, wielkości gęsiego jaja, dosyć odgraniczone, przy dotyku miernie bolesne, pulsujące mocno. Ucisk na tętnicę udową pulsacyję wstrzymuje, jednak nie zmniejsza objętości guza, kolano jest zgięte pod kątem otwartym tak, że chodzenie bez laski jest niemożliwe. Innerwacyja i ciepłota kończyny niezmienione, ale chory ma poczucie bólu, cierpnienia i niedowładu.

Pod względem etyjologicznym wywiady i badanie dają rezultat ujemny. Chory nie doznał żadnego urazu, nie przebywał ani kiły ani reumatyzmu, tętnice wydają się zupełnie prawidłowe, niema śladu zmian miażdżycowych; serce jest zupełnie zdrowe. Nie można więc mieć na myśli tego rodzaju tętniaków, który, jak to wykazali Ponfick i Eppinger, powstaje na tle embolii mikroparazytycznych.

Jesteśmy więc wobec wyjątkowego przypadku tętniaka u człowieka młodego, dość silnie zbudowanego i nie wiemy, z jakiego powodu tętniak ten powstał.

Nie mogę tutaj omawiać wszystkich metod leczenia tętniaków. Liczba ich jest spora, co najlepiej dowodzi, jak często zawodzą; w dzisiejszym stanie chirurgii, kwestyja zdaje się bliższą rozstrzygnięcia i wybór mniej trudnym. Z góry więc zaznaczam, że mam na myśli metodę, która usuwa chorobę doszczętnie, za pomocą ekstyrpacyi. Jednak zabieg to trudny, wielki, i chociaż przekonanie ma się głębokie o jego wyższości, to przecież prawie niepodobnem jest uciekać się do niego odrazu, z pominięciem metod, że tak powiem, więcej konserwatywnych, jakiemi są uciskanie lub podwiązanie doprowadzających tętnic. Billroth stanowczo poleca zawsze

od takowych zaczynać. A jednak bardzo pouczająca i dokładna statystystyka Delbeta z ostatnich już czasów, wykazuje, że leczenie tętniaków metodycznem uciskaniem, nie dało zbyt świetnych wyników. Na 213 przypadków, wyleczono 110 czyli tylko 51.5%. U 87 chorych, czyli 40.6% stan pozostał niezmieniony, a 16 razy zabieg okazał się wręcz szkodliwym, lub zgubnym. Więc nie obiecując sobie zbyt wiele, zacząłem stosować najsamprzód metodę ucisku sposobem Reida, opaską Esmarcha. Skutek był ten, że pulsacyje nie ustały, ale natomiast obrzęk znacznie się powiększył, i *aneurysma verum* w naszych oczach przemieniło się w *aneurysma spurium*: pękła widocznie ściana tętniaka.

Zadanie stawało się trudniejszem z dniem każdym, bo w obecnych warunkach sądziłem, że ekstyrpacyja tętniaka jest niewykonalną. Przy ogromnem powiększeniu się tumoru, mogłem łatwo być zmuszonym przy wycinaniu zakładać zbyt nisko dolną podwiązkę, na truncus peroneotibialis, lub nawet na tętnicy tibialis antica, co mogło przyprawić chorego o zgorzel odnogi lub śmierć.

Rad nierad, musiałem więc obrać drogę inną, i zdecydowałem się podwiązać tętnicę udową, powyżej tętniaka. — Lecz i z tą metodą nie stoimy na gruncie pewnym; zdania są nadzwyczaj podzielone w jakiej wysokości wypada tętnicę podwiązać, a spór się toczy od roku 1710. Wtedy to Anel, chirurg włoski, wykonał podwiązanie tuż nad tętniakiem, wykluczając wszelkie gałązki tętnicze między podwiązką a workiem. Metoda ta, do dziś dnia wogóle uważaną jest za najlepszą. Przeciwnie Hunter wiązał znacznie wyżej, dopuszczając istnienie krążenia pobocznego między tętniakiem a podwiązką.

Niedawno obrady w Towarzystwie chirurgów w Londynie uwydatniły różnice te dziś jeszcze krzyczące tak dalece, że dr. Pollock przemawiał za tem, aby w razie tętniaka tętnicy kolanowéj, podwiązkę zakładać jak najwyżej, mianowicie aż do *arteria iliaca externa*. Badania bowiem Savoryogo, a dawniejsze także profesora Broca wykazały, że

na 17 przypadków podwiązania tętnicy udowej 15 razy światło tętnicy nie było skrzepem zatkane.

Co do mego chorego, postanowiłem zastosować metodę Anela, i podwiązać tętnicę udową tuż nad samym tętniakiem, uważając, że sposób ten najwięcej zabezpiecza przeciwko powrotowi krążenia w tętniaku, a zatem najmniej naraża na recydywę. Wypadało na każdy sposób obliczyć szanse chorego. W tej mierze oświecić mogło badanie statystyk. Statystyka Norris-Broca odnosząca się do czasów przedantyseptycznych, podaje na 156 podwiązań tętnicy udowej z powodu *aneurysma art. popliteae*, 28 przypadków zgorzeli czyli 18%. Rezultat to fatalny. Statystyka Delbeta, pochodząca już z peryjodu antyseptyki, kiedy gojenie ran następuje *per primum*, wykazuje na 112 podwiązań tętnicy udowej przy *aneurysma popliteum*, 73 wyzdrowień (65%), 9 zgorzeli (8%), 7 krwotoków (6.2%) i 6 zropień (5.3%) zakończonych amputacyją. Wyniki są więc znacznie lepsze.

U chorego mego wykonałem więc podwiązanie tętnicy udowej metodą Anela przed trzema tygodniami. Rana zagoiła się przez rychłozrost, a dziś przedstawiam Panom rezultat do ocenienia. Nie zdaje mi się, jakoby był zupełnie zadowalającym. Funkcyja kończyny jest tak samo złą, jak była przed operacyą; guz mało co się zmniejszył — jednak pulsacyje ustały. Z drugiej strony chory narażony jest jeszcze na zropienie, lub nawet zgorzel wskutek możliwego zatoru pochodzącego z skrzepów tętniaka. Być może, że z czasem wszystko się polepszy, ale metoda podobna nie może zaspokoić zupełnie tembardziej, że i recydywa wykluczoną nie jest. Powrót tętnienia w pierwszych czasach nie jest jeszcze dowodem recydywy, a Broca wykazał, że kilkudniowe krążenie częściowe w tętniaku, ułatwia osadzanie się tak zwanych skrzepów czynnych, grających główną rolę w zamknięciu ostatecznym tętniaka.

Streszczając, uznaję, że o wyniku operacyi u chorego mojego jeszcze ostatecznie sądzić nie można, ale na razie wynik dla chirurga zadowalającym nie jest, a dla chorego

nie minęła jeszcze możliwość niebezpieczeństwa zgorzeli lub recydywy.

Inaczej rzecz się przedstawia z drugim chorym, Józefem Pirogiem, którego także ze Lwowa sprowadziłem, aby się z Panami doświadczeniem mojem podzielić. Jak widzicie, mężczyzna to silny, lat 33 mający, noszący prawie wzdłuż całego przebiegu tętnicy udowej prawej bliznę powstałą z operacyi.

Przed laty 9, skaleczony został scyzorykiem o jakie 6 centimetrów poniżej więzadła Pouparta. Rana się zagoiła po znacznem krwawieniu, ale od lat 4 wśród bólów i cierpnienia kończyny zaczął się rozwijać guz tętniący, który nagle w przeciągu 48 godzin doszedł do ogromnych rozmiarów, równając się objętości strusiego jaja. W przypadku tym podwiązałem tętnicę powyżej i poniżej tętniaka, a cały tumor wyciąłem. Trudności jednak, jakie się napotyka w tym zabiegu, lekceważyć nie można. Mimo że wskutek podwiązania głównego pnia tętnienie ustaje, to przy dysekcyi worka natrafia się na nadmiernie rozszerzone naczynia poboczne, przed których krwawieniem tylko częściowo uchronić się można. Jest to formalnie krwawa kąpiel, a chirurg szybkością swoją musi iść na wyścigi z upływającą na wszystkie strony krwią. Znaczną część worka udało mi się jednak oddzielić; w głębi tylko część ściany pozostawiłem nietkniętą, obawiałem się bowiem nadwerężyć *Art. femor. profund.* Ogromną ranę przeważnie spoiłem, resztę workiem gazy jodoformowej wytamponowałem. W siedm tygodni później chory szpital opuścił, a dziś widzicie go Panowie całkiem wyleczonego, z władzą w kończynie zupełnie odzyskaną.

Jest to wynik kompletnie świetny i stanowczy. Metoda to wprawdzie nie młoda, bo od Antyllusa pochodzi, ale era antyseptyki odmłodniła ją, zapewniając jej względną bezkarność. Delbet na 18 przypadków liczy 14 wyzdrowień, Leon Comte na 22 wyzdrowień 20. Wreszcie Bardeleben ostrzega przed zranieniem lub podwiązaniem żyły towarzyszącej tętnicy głównej. Niema wątpliwości, że nie

szczęścia tego trzeba unikać jak najstaranniej, jednak niekoniecznem następstwem będzie zgorzel kończyny.

Wskutek długiego trwania tętniaka wyrobiło się w wysokim stopniu krążenie poboczne, tak w przypadkach Köhlera i Annandala, *Vena poplitea* resekowaną została w długości 4—6 centymetrów, bez żadnego złego następstwa.

U mego chorego nastąpiło także zranienie *Venae femoralis* i podwiązanie tejże, a nie pociągnęło za sobą nawet wybitniejszego obrzęku u stopy.

W leczeniu tętniaków, jestem więc za metodą radykalnego usunięcia przez wycięcie całego worka. Zostawiając worek i zadawalniając się podwiązaniem, naraża się chorego na upośledzenie funkcyi, a wreszcie na niebezpieczeństwo zgorzeli lub recydywy.

Ważny wyjątek stanowią jednak tętniaki tętnic szyjnych i mimo pięknego wyniku, jaki nam kol. Bossowski pokazuje, jestem zdania, że w tych przypadkach należy uciekać się zrazu do metodycznego uciskania.

Statystyka Norris-Broca wykazuje bowiem 32% powikłań ciężkich ze strony mózgu po podwiązaniu tych tętnic; z drugiej strony wyniki szczęśliwe wskutek zastosowania uciskania są nam znane, a najgłośniejsze między niemi, wyleczenie przez Vanzettiego dwóch tętniaków tętnicy ocznej (*Arteria ophtalmica*).

LITERATURA: Follin: Pathologie externe. T. II. — Eppinger. Archiv. f. klinische Chirurgie. T. 35, Heft 3, 1887. — Delbet. Revue de chirurgie, Nr. 7, 1888. — Savory. Lancet 1886, December 18. — Köhler. Charité-Annalen, XI Band — Leon Comte. Lyon-Médical 1885. — Congrès de Chirurgie Française 1889.

Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ r. 1891 Nr. 33.

Kraków. 1891. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.